

ACTITUD QUE ADOPTA HACIA EL PACIENTE TERMINAL EL MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO ANTONIO MARÍA PINEDA

* Miguelandry Pérez

PALABRAS CLAVE: Paciente terminal. Enfermedad terminal. Actitud. Muerte.

RESUMEN

El residente de medicina interna enfrenta diariamente a pacientes terminales, resultando importante para su correcto abordaje la actitud frente a los mismos. Se define paciente terminal toda persona que tiene pleno conocimiento de padecer una enfermedad incurable y que por lo tanto será la causa más probable de su muerte. La investigación consistió en un estudio descriptivo transversal con el objeto de determinar la actitud que adopta el médico residente de medicina interna del Hospital Central Universitario Antonio María Pineda hacia el paciente terminal, determinando los componentes cognitivo, afectivo y conductual de la misma. La muestra fue la totalidad de los Residentes del Postgrado de Medicina Interna. Se aplicó un instrumento tipo encuesta con preguntas cerradas tipo Likert, previamente avalado por tres expertos y sometido a validación estadística, donde se evaluaron los diferentes componentes de la actitud de los residentes hacia el paciente terminal. Los datos obtenidos fueron procesados manualmente, expresados como porcentajes en relación con la totalidad de la muestra para facilitar su análisis y correlación, mostrando los resultados en tablas y gráficos usándose el programa Microsoft Excel 2010. Se concluyó que la actitud del médico residente hacia el paciente terminal es positiva, reconociendo déficit de conocimiento para su abordaje, tomando gran fuerza el componente emocional caracterizado por miedo, tristeza y rabia conservando el sentimiento de aceptación hacia este tipo de paciente. En relación al componente conductual de la actitud fue de comunicación y apoyo, limitándose al enfoque netamente biológico, dejando de lado el componente psicosocial. Se recomienda propiciar la discusión académica sobre tópicos relacionados con el paciente terminal, la muerte y el duelo para fomentar la preparación de los médicos en este campo, además de propiciar estudios posteriores donde se analicen estos aspectos.

ATTITUDE TAKEN TOWARD THE TERMINAL PATIENT THE RESIDENT DOCTOR OF INTERNAL MEDICINE AT UNIVERSITY CENTRAL HOSPITAL "ANTONIO MARÍA PINEDA"

KEY WORDS: Terminal patient. Terminal illness. Attitude. Death.

ABSTRACT

The internal medicine resident faces terminally ill patients daily, being of great importance to its correct approach attitude have against them. Referring to terminal patient as a person who has full knowledge of having an incurable disease and will therefore be the most likely cause of his death. Enhanced research consisted of a cross-sectional study in order to determine the attitude adopted by the internal medicine resident medical Hospital Universitario Antonio Maria Pineda to the terminal patient, determining the cognitive component, affective and behavioral thereof. The sample consisted of the entire Graduate Residents Internal Medicine. An instrument type survey with closed questions Likert previously supported by three experts and subjected to statistical validation tests, which evaluated the different components of the attitude of residents towards the terminal patient. The data were processed, using carried percentages in relation to the whole sample to facilitate analysis and correlation, expressing the results in tables and charts using Microsoft Excel 2010 program. It was concluded that the residents attitudes toward the terminal patient is positive, recognizing knowledge gaps to enable them to its approach, taking great force the emotional component characterized by fear, sadness and anger with feeling of acceptance towards this type of patient. The behavioral component of attitude and support communication was limited to the biological approach, leaving aside the psychosocial component. It is recommended to promote scholarly discussion on topics related to the terminal patient, death and bereavement to encourage the preparation of physicians in the field of exercise, as well as facilitate future studies that analyze these aspects and improve the management of these patients.

* Médico Residente de medicina interna. Hospital Central Universitario Antonio María Pineda.

Dirección: Calle 8 entre carreras 2 y 3. Casa número 3-9 Pueblo Nuevo. Barquisimeto. Teléfonos: 0251 – 2663487, 0416 – 1533939, 0424 – 5592585 Email: dr_antrax_83@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En el área de la salud, el médico residente de medicina interna se encuentra con pacientes que pueden estar experimentando el duelo relacionado con una disminución de la salud, la pérdida de una parte del cuerpo, una enfermedad terminal o la muerte inminente, propia o de una persona allegada. Es una experiencia inevitable que conlleva sufrimiento pero también puede ser una oportunidad de crecimiento, dependiendo de las competencias con que se cuente para enfrentarlo.

Por consiguiente es de gran importancia que el médico desarrolle la capacidad para ayudar a los pacientes terminales y sus familiares a medida que estos transitan a través de un proceso de duelo. Es el médico residente de medicina interna quien tiene en gran medida bajo su responsabilidad el cuidado de la salud del adulto que lo requiera a lo largo de su vida incluyendo cuando esta llega a su final.

Muchos pacientes y sus familiares tienden a adoptar aquellos patrones de conducta y creencias de su médico en el momento de verse enfrentados a la muerte, tal es el estado de vulnerabilidad de esa experiencia. Además de la alienación propia de la vida en nuestra sociedad, este estado de crisis hace ávidos de orientación, apoyo y guía a estos individuos.

En el ejercicio profesional del residente de medicina interna, no sólo está llamado a prestar la atención al paciente que lo necesite cuando la enfermedad comprometa su integridad y sea posible revertir aquel proceso con las maniobras aprendidas durante la formación profesional, si no también tiene bajo su responsabilidad el acompañamiento del paciente cuando este se encuentra en etapa terminal de su padecimiento y sólo reste prestar la atención afectiva que el caso amerite.

Es por lo descrito anteriormente que se propuso determinar la actitud que adoptan los médicos residentes de medicina interna del hospital central universitario Antonio María Pineda en relación con los pacientes terminales y ayudar su mejor abordaje y tratamiento, siendo responsabilidad del equipo de salud, principalmente del médico residente su acompañamiento en el transitar por el fin de sus vidas.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio fue enfocado bajo el paradigma positivista o cuantitativo, puesto que la realidad de la naturaleza se asume como tangible además, ofrece la posibilidad de observar y medir elementos con la finalidad de pronosticar su aparición y adoptar las medidas necesarias para controlar la práctica, garantizando la rigurosidad de los datos que se obtengan a fin de evitar los sesgos que puedan generarse de la subjetividad e inclinaciones personales. Hernández (2008).

Lo expuesto anteriormente supone la recolección de la información se realice de manera sistemática, en condiciones de estricto control, utilizándose procedimientos e instrumentos estructurados y formales que midan los eventos tal cual como se presentan, y al momento del análisis de la información, hacer hincapié en un análisis de información numérica generalmente en condiciones controladas, de manera que impere la objetividad a fin de disminuir el grado de subjetividad presente en el ser humano (Ruiz Bolívar, 2008).

La investigación se correspondió con un estudio descriptivo transversal, donde el universo fue constituido por los médicos residentes del postgrado de medicina interna del hospital central universitario Antonio María Pineda. Se involucró la totalidad de los médicos, sin discriminar el área de trabajo de los mismos ni el año de postgrado que cursan.

El postgrado de medicina interna del Hospital Central Universitario Antonio María Pineda consta de tres años de Residencia Universitaria, donde los residentes se desenvuelven tanto en la Unidad de Cuidados Intermedios, constituida por la Unidad de Medicina de Agudos y la Unidad de Medicina de Subagudos como en Medicina de mujeres y de hombres. Actualmente existe un número de diecinueve residentes constituidos por ocho residentes del primer año, siete del segundo año y cuatro del tercer año. Los residentes del segundo y tercer año se desempeñan en la unidad de cuidados intermedios mientras que los del primer año lo hacen divididos entre los servicios de medicina de mujeres y hombres; todos involucrados en el cuidados de pacientes graves y muchas veces terminales en las diferentes áreas.

Se utilizó un instrumento tipo encuesta con preguntas cerradas de selección simple adaptada de la utilizada por Martínez (2010) en su trabajo titulado “Diseño de un programa de formación docente dirigido a consolidar las competencias afectivas en el manejo de las emociones presentes en el proceso de duelo en los docentes del programa de enfermería del decanato de medicina de la Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”, con ítems que involucran las diferentes dimensiones de la variable actitud como lo son los componentes cognitivo, afectivo y conductual además de sus indicadores. Se tomó solo la II parte titulada Conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para el manejo del proceso de duelo; adaptando las diferentes aseveraciones encaminadas a determinar la actitud hacia el paciente terminal y sus diferentes componentes.

La encuesta fue elaborada de acuerdo con la escala de Likert para medir actitud (Likert, 1932), constituidas por treinta y dos ítems, con respuestas en una escala de cinco opciones como lo son: completamente de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo, completamente en desacuerdo, dependiendo de cuál sea la postura del individuo encuestado respecto a la alternativa planteada. Se elaboraron los ítems en relación a cada una de las dimensiones e indicadores de la variable actitud.

En relación a la dimensión cognitiva de la actitud, en su indicador conocimiento fueron analizadas por los ítems 1, 3, 8, 10, 24, 27 y en el indicador creencia los ítems fueron 2, 4, 6, 7, 11, 17, 26.

En cuanto a la dimensión afectiva en su indicador Emociones (rabia, tristeza, miedo) los ítems fueron 5, 9, 12, 15, 22, 25, 28 y 20, 30, 32 para el indicador sentimientos respectivamente.

En lo que concierne a la dimensión conductual, su indicador comunicación fue explorado por los ítems 13, 16, 19; el indicador evitación por 14, 31, 29 y apoyo por los ítems 18, 21, 23.

La encuesta fue sometida a validación por tres expertos, los cuales sometieron a exhaustiva revisión cada uno de los ítems para examinar su coherencia, claridad y pertinencia, evaluándolo de forma positiva. Posteriormente se sometió a prueba piloto y se analizó su fiabilidad, evidenciándose un Alfa de

Cronbach de 0,731; validando el 100% de los ítems sometidos a prueba.

Se procedió a encuestar a la totalidad de los residentes del postgrado universitario de medicina interna del hospital central Antonio María Pineda, explicándoles el objetivo de dicho instrumento y la confidencialidad del manejo de los datos aportado por ellos.

Posterior a la obtención de las encuestas respondidas por los médicos residentes se procedió a su procesamiento, el cual se hizo de forma manual en vista del número de individuos involucrados. Se relacionaron el número de respuesta que involucra cada ítem, con la escala de cinco opciones de respuesta y el número de individuos involucrados en la investigación, lográndose obtener el porcentaje relacionado con el número de residentes que respondió determinada opción, construyéndose, las correspondientes tablas. Una vez logrado lo anterior se utilizó el programa Microsoft Excel 2010, para la elaboración de los gráficos, utilizándose el formato de columnas agrupadas, por ser el más adecuado para mostrar los datos de forma sencilla y clara.

RESULTADOS

Se utilizó la estadística descriptiva para el análisis de frecuencia y porcentaje, una vez efectuada la recolección de datos, la información fue tabulada para ser analizada en función de las respuestas dadas por los sujetos de estudio. Se establecieron los valores reales y su relación porcentual de acuerdo a los ítems, posteriormente las cifras se representaron como resultados en cuadros y gráficos, permitiendo poseer una visión clara de los valores y del comportamiento de los sujetos, en relación con los objetivos planteados en el estudio.

Las respuestas vinculadas al ítem número 1 “La muerte se define como cesación irreversible de toda actividad en el encéfalo” se evidenció que 47.36% de los residentes estuvieron totalmente de acuerdo con la proposición, seguido del mismo número que se mostraron de acuerdo, con solo una opinión indiferente que representa el 5.26% de los encuestados, esto se relaciona con la familiaridad de los residentes con esta definición de muerte.

En lo que respecta al ítem número 3 “Paciente terminal es definido como toda persona que tiene

pleno conocimiento de padecer una enfermedad incurable y que por lo tanto será la causa más probable de su muerte”, 26.31% se mostraron totalmente de acuerdo con la proposición, 15.78% de acuerdo, 52.63% en desacuerdo y solo 5.26% completamente en desacuerdo. Esto habla de un desconocimiento de la definición de paciente terminal producto del escaso manejo teórico sobre este tipo de paciente lo cual se constituye en factor determinante en su actitud hacia este grupo de pacientes.

En cuanto al ítem número 8 “La información aprendida durante su formación profesional le es suficiente para enfrentarse al paciente terminal”, 57.89% de los encuestados se mostraron totalmente en desacuerdo, 15.78% en desacuerdo, 21.05% indiferente, y solo un individuo para un 5.26% se mostró de acuerdo. Si se relacionan los individuos que reconocieron que sus conocimientos obtenidos son insuficientes para el manejo del paciente terminal (en desacuerdo y totalmente en desacuerdo) el porcentaje asciende a 73.67% quedando demostrado a través de esto que los conocimientos aprendidos durante la formación del residente de medicina interna son insuficientes para el manejo del paciente terminal, jugando esto parte determinante en la actitud que se asume para su abordaje.

En cuanto al ítem número 10 “Las siguientes respuestas afectivas forman parte del duelo normal: depresión, negación, aceptación, rabia y negociación”, se evidencio que 52.63% se mostró completamente de acuerdo, 36.84% de acuerdo y solo 10.52% en desacuerdo.

En lo que respecta al ítem número 24 “Los conocimientos adquiridos en el ejercicio de la medicina le han aportado las herramientas necesarias para abordar pacientes terminales” las respuestas fueron heterogéneas 52.63% respondieron totalmente en desacuerdo, 21.05% en desacuerdo, 15.78% indiferentes y 5,26% de acuerdo y totalmente de acuerdo respectivamente. Este hecho deja claro que la mayoría de residentes reconoce que su experiencia no ha sido suficiente para dotarse de herramientas para manejo de pacientes terminales, relacionándose esto con las respuestas del ítem 8, quedando bien fundamentado que ni el conocimiento teórico ni la experiencia son suficiente a este nivel para capacitar de forma adecuada al médico para el manejo del paciente terminal.

En relación al ítem 27 “Trasladaría usted a un paciente terminal a un área de mayor complejidad como Medicina de Agudos o Subagudos, aun sabiendo su pronóstico”, 36.84% están completamente de acuerdo, 31.57% en desacuerdo, 21.05% de acuerdo y 10.52% permanecen indiferentes. Esto hace ver que existe una predisposición a extremar las medidas terapéuticas más que brindarle acompañamiento y confort al paciente terminal.

En lo que respecta al ítem numero 2: “Morir significa, simplemente, mudarse a una casa más bella”, el 57.89% de los encuestados respondieron estar totalmente en desacuerdo con la proposición, 31.57% se mostraron en desacuerdo y 10.52% respondieron indiferente a la cuestión.

En relación al ítem numero 4; “La muerte es algo natural”, el 73.68% respondió estar totalmente de acuerdo con la proposición, 5.26% respondieron de acuerdo y 21.05% se mostró en desacuerdo, lo que demuestra que el individuo no percibe la muerte como algo natural en su vida ni en la de los demás.

En el mismo orden de ideas, el ítem número 6, “Los pacientes terminales necesitan estar a solas”, 5.26% respondieron ser indiferente ante la propuesta, 47.36% se mostraron en desacuerdo y la misma cantidad de individuos respondieron estar completamente de acuerdo. En cuanto al ítem número 7, “Al paciente terminal se le debe permitir permanecer al lado de sus familiares”. 84.21% afirmaron estar completamente de acuerdo y 15.78% se mostrara completamente en desacuerdo.

En el ítem 11 El paciente terminal debe estar en un área de aislamiento sin contacto con sus familiares, obteniéndose respuesta como: 73.68% de los individuos respondió estar totalmente de acuerdo y el 26.31 en total desacuerdo, manejándose de esta forma opiniones encontradas, con mayor frecuencia hay predisposición a preferir aislar al paciente terminal lo cual hace más difícil la relación del paciente con su familia; cuando en este caso se debe fomentar el compartir del paciente con su familia y a su vez con el médico tratante.

En cuanto al ítems 17 “Una forma de ofrecer consuelo o apoyo emocional a los pacientes terminales es a través de frases como “Es la voluntad de Dios” las respuestas se distribuyeron de forma

heterogénea como sigue: 52.63% se mostraron en desacuerdo, seguida de 26.31% que se mostraron de completamente de acuerdo, 15.78% refirieron estar de acuerdo y 5.26% se mostraron indiferente. Sin embargo la mayoría tiende a no mencionar este tipo de frases a pacientes terminales.

En relación al ítem número 26 “Pensar en la muerte es perder el tiempo”, 47.36% estuvieron en completamente en desacuerdo, 26.31% en desacuerdo; 21.05% completamente de acuerdo y 5.26% indiferentes. Es importante acotar que aun en el medio donde se desenvuelve el médico residente y en su experiencia de cercanía a la muerte, existen quienes piensan que hablar de la muerte y pensar en ella irrelevante, situación que afecta negativamente el abordaje del paciente terminal.

En relación al ítem número 5 “Es usual que usted sienta tristeza cuando un paciente con un diagnóstico de enfermedad terminal está llorando en su área de trabajo”. Las opiniones estuvieron divididas entre individuos completamente de acuerdo y de acuerdo con 47.36% cada opción, encontrándose indiferente el 5.26% de los individuos.

En relación al ítem 9 “Es usual que usted sienta rabia, cuando ingresa un paciente terminal, en su área de trabajo”. 63.15% estuvieron en completo desacuerdo, seguido de 15.78% completamente de acuerdo, 10.52 en desacuerdo., 5.26% de acuerdo y 5.26% indiferentes. En lo que respecta al ítem numero 12 Es usual que usted sienta tristeza, cuando un paciente terminal manifiesta que daría cualquier cosa a cambio de recuperarse. La mayoría se mostró de acuerdo con 63.15%, seguido de 21.05% completamente de acuerdo, 5.26% indiferente y 10.52% en desacuerdo.

En el ítem número 15 “Es usual que usted sienta miedo, cuando un paciente con un diagnóstico de enfermedad terminal lo culpa a usted o al equipo de salud de lo que le sucede”, respondieron de la siguiente forma: 57.89% de acuerdo, 21.05% indiferente, 10.52% completamente en desacuerdo 5,26% completamente de acuerdo y en desacuerdo respectivamente. Esto denota que más de la mitad de los encuestados de alguna forma temen al abordaje del paciente terminal por miedo a ser señalado por parte del mismo.

En relación al ítem 22. Siente rabia, cuando un paciente con un diagnóstico de enfermedad terminal, culpa a Dios de lo que le sucede. Las respuestas fueron: 31.57% indiferentes; 26.31% completamente de acuerdo; 21.05% en desacuerdo; 15.78% de acuerdo y solo 5.26% completamente en desacuerdo. El ítem número 25 “Es usual que usted sienta tristeza, cuando un paciente con un diagnóstico de enfermedad terminal, manifiesta su resignación ante su condición”. Involucró respuesta de la siguiente forma: 57.89% estuvieron de acuerdo, 26.31% indiferentes y 15.78% completamente de acuerdo.

En el ítem número 28, “Siente miedo al manejar a un paciente terminal” las respuestas variaron de la siguiente forma: 68.42% de acuerdo, 10.52% en desacuerdo y completamente en desacuerdo respectivamente, 5.26% de acuerdo y el mismo porcentaje indiferentes. La mayoría reconoció miedo al abordar al paciente terminal lo cual puede ser causa de actitudes negativas contra los pacientes terminales.

En relación al ítem número 20, “Usted entiende al paciente terminal, cuando no acepta su condición” de la siguiente manera: 63.15% completamente de acuerdo, 26.31% en desacuerdo y 10.52% de acuerdo.

En cuanto al ítem número 30, “La muerte de un paciente es un fracaso del equipo de salud”, 57.89% estuvieron completamente de acuerdo, 26.31% totalmente en desacuerdo y 5.26% de acuerdo, indiferente y en desacuerdo respectivamente. El ítem número 32, “Manejar pacientes terminales constituye una experiencia edificadora como profesional y aporta un gran aprendizaje” obtuvo respuesta de la siguiente forma: 73.68% completamente de acuerdo, 15.78% de acuerdo y 10.52% indiferente, en lo que involucra este aspecto habla de sentimiento de aceptación hacia el paciente terminal.

En relación al ítem 13, “Se debe hablar y explicar al paciente terminal acerca de su patología y responder las preguntas que este haga”, en las respuestas estuvieron 78.94% totalmente de acuerdo y 21.05% en completo desacuerdo. En relación a ítem 16, “Dedica usted tiempo para hablarle al paciente terminal sobre la muerte” encontrándose como respuesta 68.42% de acuerdo, 15.78% en desacuerdo, 10.52% indiferente, 5.26 en desacuerdo. En el ítem número 19, Es positivo para el médico no

hablar de la muerte. Con respuestas: 52.63% completamente en desacuerdo, 21.05% en desacuerdo, 15.78% de acuerdo y 10.52% completamente de acuerdo.

En relación a la dimensión conductual, se considerara lo respondido referente a la dimensión evitación, la cual en el instrumento estuvo plasmada en los ítems 14, 29, 31. En relación los resultados del ítem 14, “Los episodios de llanto en los pacientes terminales se deben evitar”, 47.36% totalmente de acuerdo, 21.05% indiferentes y el mismo porcentaje se mostró totalmente en desacuerdo y 10.52% de acuerdo. Esto es de vital importancia en vista de que la tristeza es parte normal de la evolución por la cual atraviesa el paciente terminal, sin embargo, la tendencia es a evitar estas situaciones y a aislar al paciente de personas que con su presencia pudieran desencadenar estos episodios.

En lo vinculado al ítem número 29, “Trabajar con un paciente terminal se constituye una pérdida de tiempo y no aporta ningún aprendizaje para el Médico”, 73.68% totalmente en desacuerdo, 15.78% en desacuerdo y 10.52% completamente de acuerdo. En relación al ítem número 31, “No tengo nada que

hacer como profesional con pacientes con enfermedad terminal”, 78.94% respondieron totalmente en desacuerdo, 10.52% de acuerdo y 5.26% indiferente y en desacuerdo respectivamente.

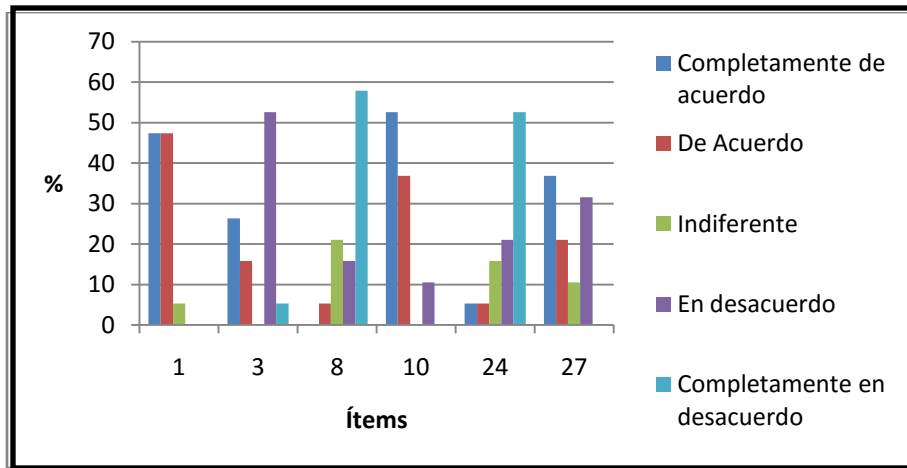
Respecto al ítem número 18, “El médico puede tramitar la reunión entre el paciente terminal y su guía espiritual, de acuerdo a sus creencias religiosas” obtuvo como respuesta 52.63% de acuerdo, 15.78% completamente de acuerdo y en desacuerdo respectivamente, 10.52% completamente en desacuerdo, 5.26% indiferente.

En relación al ítem número 21, “Cuando le es asignado un paciente terminal lo atiende con la misma dedicación que a otro tipo de paciente” 73.68% se muestran completamente de acuerdo, 10.52% de acuerdo y en el mismo porcentaje en desacuerdo y 5.26% indiferente. En lo que respecta al ítem número 23. “Cuando es llamado para evaluar a un paciente terminal, acude con la misma prontitud que cuando se trata de otro tipo de paciente”, en este caso respondieron 57.89% de acuerdo, 26.31% en desacuerdo, 10.52% completamente de acuerdo, 5.26% indiferente.

Cuadro 1. Porcentajes de las respuestas emitidas por los residentes en la Dimensión: Cognitiva. Indicador: conocimiento. Postgrado de medicina interna del hospital central Antonio María Pineda.

Ítems	Completamente de acuerdo %	De acuerdo %	Indiferente %	En desacuerdo %	Completamente en desacuerdo %
1	47.36	47.36	5.26		
3	26.31	15.78		52.63	5.26
8		5.26	21.05	15.78	57.89
10	52.63	36.84		10.52	
24	5.26	5.26	15.78	21.05	52.63
27	36.84	21.05	10.52	31.57	
n:19					

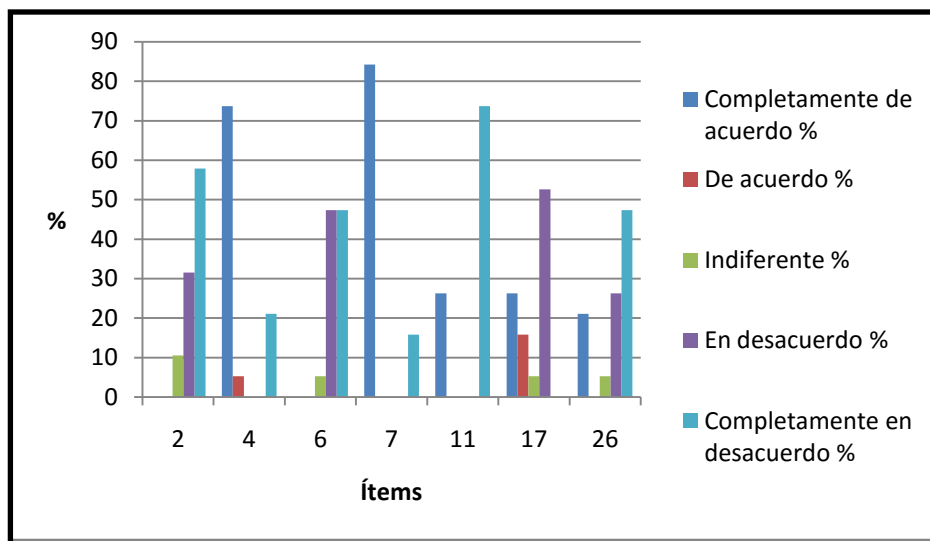
Grafico 1. Respuestas emitidas por los residentes en la Dimensión: Cognitiva. Indicador: conocimiento. Postgrado de medicina interna del hospital central Antonio María Pineda.



Cuadro 2. Porcentajes de las respuestas emitidas por los residentes en la Dimensión: Cognitiva. Indicador: creencia.

Ítems	Completament e de acuerdo %	De acuerdo %	Indiferente %	En desacuerdo %	Completamente en desacuerdo %
2			10.52	31.57	57.89
4	73.68	5.26			21.05
6			5.26	47.36	47.36
7	84.21				15.78
11	26.31				73.68
17	26.31	15.78	5.26	52.63	
26	21.05		5.26	26.31	47.36
n:19					

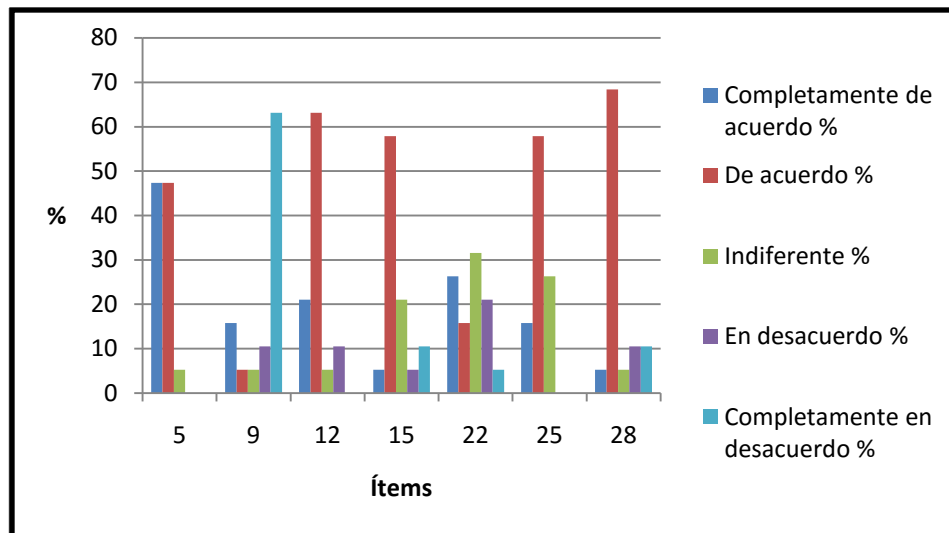
Grafico 2. Respuestas emitidas por los residentes en la Dimensión: Cognitiva. Indicador: creencia.



Cuadro 3. Porcentajes de las respuestas emitidas por los residentes en la Dimensión: Afectiva. Indicador: emociones.

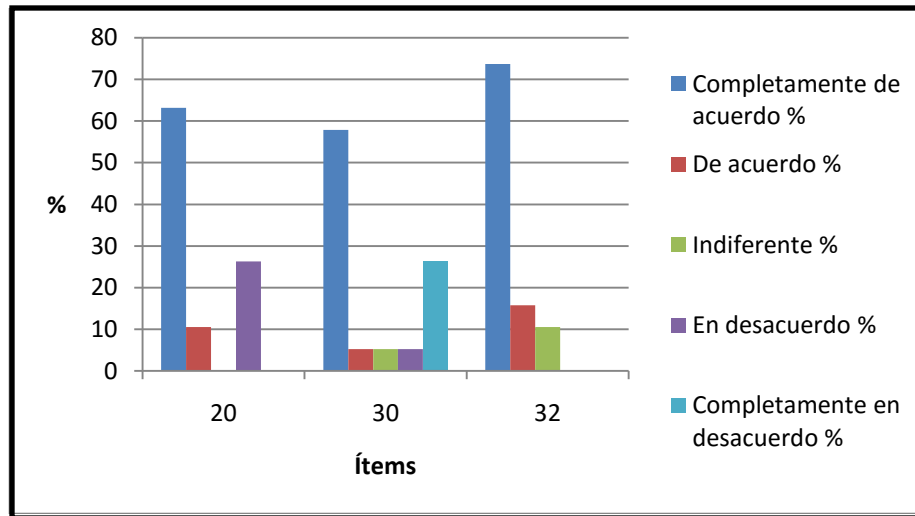
Ítems	Completamente de acuerdo %	De acuerdo %	Indiferente %	En desacuerdo %	Completamente en desacuerdo %
5	47.36	47.36	5.26		
9	15.78	5.26	5.26	10.52	63.15
12	21.05	63.15	5.26	10.52	
15	5.26	57.89	21.05	5.26	10.52
22	26.31	15.78	31.57	21.05	5.26
25	15.78	57.89	26.31		
28	5.26	68.42	5.26	10.52	10.52
n:19					

Grafico 3. Respuestas emitidas por los residentes en la Dimensión: Afectiva. Indicador: emociones.

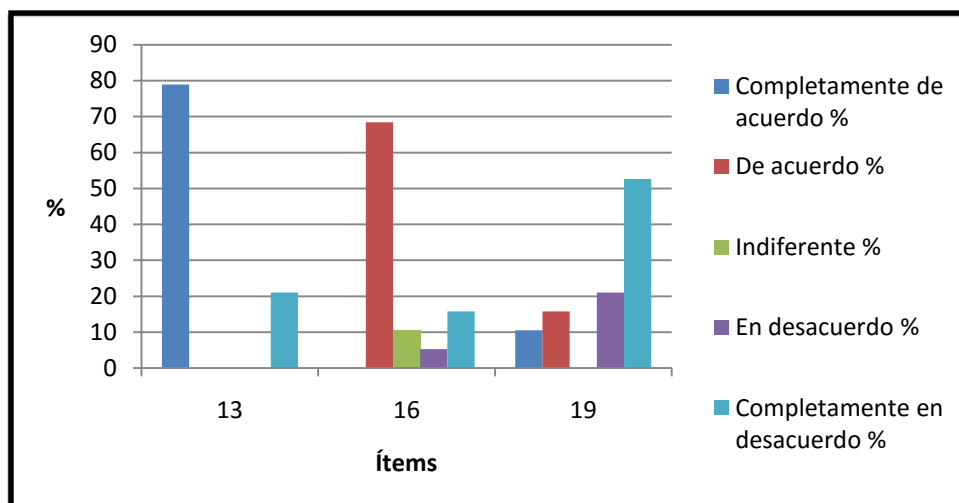


Cuadro 4. Porcentajes de las respuestas emitidas por los residentes en la Dimensión: Afectiva. Indicador: Sentimientos.

Ítems	Completamente de acuerdo %	De acuerdo %	Indiferente %	En desacuerdo %	Completamente en desacuerdo %
20	63.15	10.52		26.31	
30	57.89	5.26	5.26	5.26	26.31
32	73.68	15.78	10.52		
n:19					

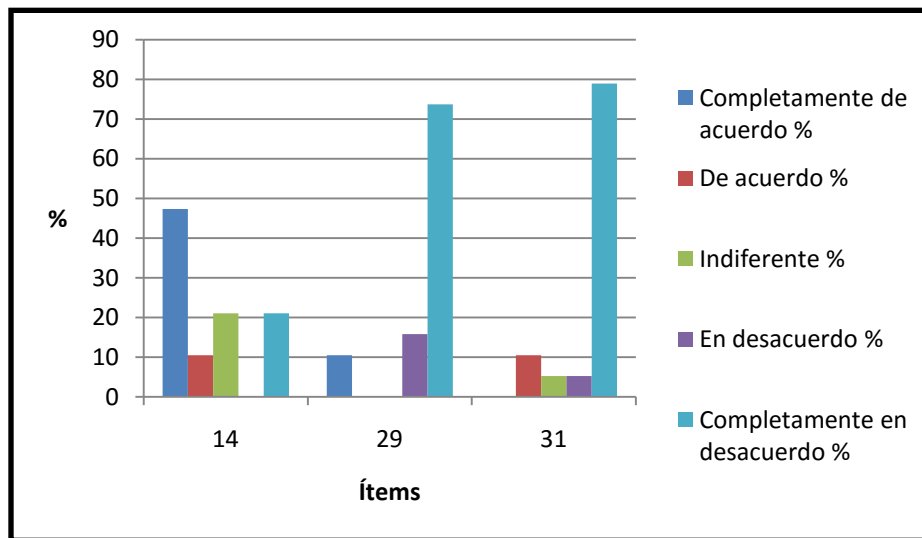
Grafico 4. Respuestas emitidas por los residentes en la Dimensión: Afectiva. Indicador: Sentimientos.**Cuadro 5. Porcentajes de las respuestas emitidas por los residentes en la Dimensión: Conductual. Indicador: Comunicación.**

Ítems	Completamente de acuerdo %	De acuerdo %	Indiferente %	En desacuerdo %	Completamente en desacuerdo %
13	78.94				21.05
16		68.42	10.52	5.26	15.78
19	10.52	15.78		21.05	52.63
n:19					

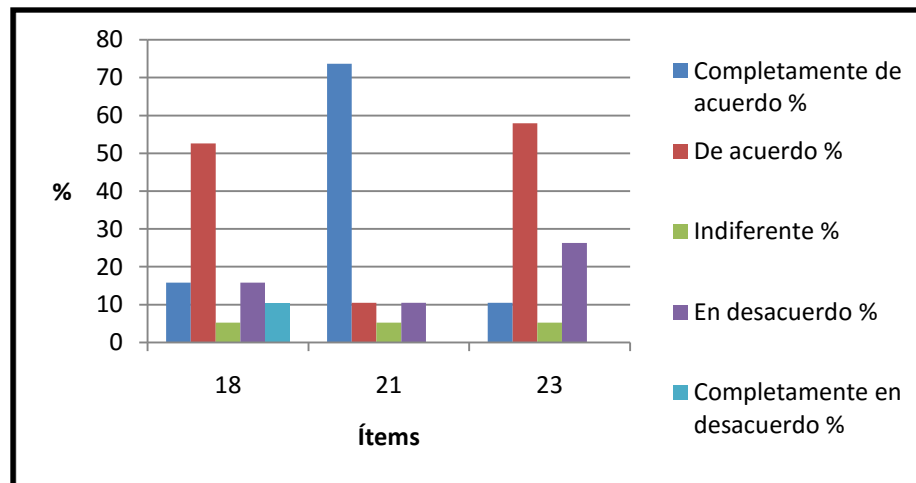
Grafico 5. Respuestas emitidas por los residentes en la Dimensión: Conductual. Indicador: Comunicación.

Cuadro 6. Porcentajes de las respuestas emitidas por los residentes en la Dimensión: Conductual. Indicador: Evitación.

Ítems	Completamente de acuerdo %	De acuerdo %	Indiferente %	En desacuerdo %	Completamente en desacuerdo %
14	47.36	10.52	21.05		21.05
29	10.52			15.78	73.68
31		10.52	5.26	5.26	78.94
n:19					

Grafico 6. Respuestas emitidas por los residentes en la Dimensión: Conductual. Indicador: Evitación.**Cuadro 7. Porcentajes de las respuestas emitidas por los residentes en la Dimensión: Conductual. Indicador: Apoyo.**

Ítems	Completamente de acuerdo %	De acuerdo %	Indiferente %	En desacuerdo %	Completamente en desacuerdo %
18	15.78	52.63	5.26	15.78	10.52
21	73.68	10.52	5.26	10.52	
23	10.52	57.89	5.26	26.31	
n:19					

Grafico 7. Respuestas emitidas por los residentes en la Dimensión: Conductual. Indicador: Apoyo.

DISCUSIÓN

El tema de la muerte y la enfermedad terminal es uno de los más difíciles de tratar en la Medicina y en la vida. Es un tema interdisciplinario que rebasa con mucho el modelo médico y que implica para su cabal comprensión abordajes filosóficos, religiosos, espirituales, tanatológicos, artísticos, sociológicos, económicos entre otros.

José Saramago premio Nobel 1998, escribe: “Más que hablar de la muerte, que en realidad nadie conoce y de la que nadie ha tenido una vivencia, debemos hablar del morir”, el que comprende no solamente los fenómenos biológicos, sino también los pensamientos, ideas, sentimientos, reflexiones, reacciones y actitudes, de todos los actores en esta fase final de la vida, en la que tan importantes son los acontecimientos humanos que le dan sentido al morir.

Dentro de la medicina, el concepto que se maneja es la muerte clínica, y la definición más avanzada diagnostica la muerte de una persona cuando se demuestra la existencia de un daño encefálico irreversible, o muerte cerebral, la cual es diferente a los estados vegetativos persistentes en los que el daño está localizado a nivel de los hemisferios cerebrales.

Por otra parte El concepto de muerte adecuada implica la extinción gradual de la vida humana en

forma tal que la declinación biológica es relativamente armoniosa, y el equilibrio psicológico y la dignidad personal se mantienen, lográndose el consenso entre médico, paciente y familia, de que todo lo posible ha sido hecho en beneficio del enfermo, pero la muerte luce inevitable, este es un ideal aspirado pero muy pocas veces logrado.

En el mismo orden de ideas, otro aspecto importante de conceptualizar es la definición de paciente terminal, el cual es toda persona que tiene pleno conocimiento de padecer una enfermedad incurable y que por lo tanto será la causa más probable de su muerte. Es claro que el tiempo entre ese diagnóstico y el momento de la muerte será muy variable y dependiente de muchas situaciones totalmente individuales.

Según Novoa (1988) se define como paciente terminal a aquel paciente que posee una enfermedad avanzada progresiva e incurable, con falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, que presenta numerosos problemas o síntomas intensos, que representa un gran impacto emocional para él mismo, sus familiares y el equipo terapéutico que le atiende, estando su situación relacionada implícita o explícitamente con la presencia de la muerte y un pronóstico de vida inferior a seis meses.

En el mismo orden de idea el ser humano aprende desde temprana edad pautas sociales de

conducta que le llevan a aceptar o rechazar algo y una de las más importantes es la negación de la muerte como parte de la vida. Para superar la angustia, el hombre fabrica mecanismos de defensa promoviendo rituales y la intelectualización de la muerte. Se observa claramente la influencia de los conocimientos así como de las creencias y opiniones de cada individuo a cerca de la muerte, la enfermedad terminal y el paciente terminal sobre su actitud sobre el mismo, hecho al que no escapa el personal de salud primordialmente el residente de medicina interna, generando bien sea un rechazo que comprometerá al final la relación médico paciente o un apego, no menos dañino, que acarreará consecuencias sobre posteriores contactos con pacientes en el mismo estado.

Según Young K., Flügel J.C (1982) se puede decir que actitud frente al paciente terminal es la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente ante el paciente que padece una enfermedad terminal o paciente terminal.

La actitud tres componentes: afectivo, cognitivo y conductual. El componente afectivo, es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo. Sus indicadores lo constituyen emociones (rabia, tristeza, miedo) y sentimientos. El componente cognitivo está formado por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea; en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto. Tiene como indicadores el juicio (conocimiento) y las creencias.

El componente conductual es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. Sus indicadores son comunicación, evitación y apoyo.

Todo lo anterior es de gran importancia y motivo la realización de este trabajo, quedando ratificada lo veraz de los planteamientos desarrollados en el mismo, considerando a su vez que no hay ninguna investigación precedente donde se hayan alcanzado los objetivos que en esta. De acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación la actitud del residente de medicina interna hacia el paciente terminal es de aceptación, sin embargo existe dificultad en el abordaje biopsicosocial del paciente. El componente cognitivo en su indicador conocimiento es de importancia capital en la actitud del médico residente hacia el paciente terminal, reconociendo carencia de preparación e información que los capacite para el tratamiento de este tipo de pacientes, reconocimiento déficit de conocimiento en el tema. El conocimiento adquirido en el pregrado y postgrado así como en el ejercicio profesional desempeñado hasta el momento de la aplicación del instrumento tanto en lo relacionado con la teoría como con la experiencia ha sido insuficiente para su preparación frente al paciente terminal.

En relación al componente afectivo, las emociones que predominaron en relación con paciente terminal fueron miedo, tristeza y rabia. Miedo a no ser lo suficientemente capaz para hacer lo correcto, a no saber cómo enfrentar alguna situación relacionada con su estado, ser señalado y culpado por parte del paciente. Tristeza y rabia de no poder hacer nada para evitar el desenlace final de su paciente y hacia algunas actitudes por parte del paciente quien atraviesa por un estado de duelo que poco es comprendido por el médico. El sentimiento que predominó fue de aceptación sin embargo el mismo se encuentra influenciado por las emociones mencionadas anteriormente. En lo que respecta al componente conductual predomina el apoyo y la comunicación, limitada ésta a asuntos relacionado con la condición y enfermedad del paciente quedando de lado lo relacionado con la esfera emocional y tanatológica.

Por lo anterior se recomienda incluir como parte de la formación del médico residente de medicina interna talleres, discusiones académicas o clases donde se aborden temas como la muerte, el paciente terminal y el duelo para enriquecer el cuerpo de conocimientos que poseen los mismos y así mejorar el abordaje de este grupo de pacientes y fomentar la realización de trabajos que aborden este tipo de temas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGNES, H. (2004). Teoría de los sentimientos. Editorial. Fontamara. España.
2. ALBA, M. (2007). El proceso de morir en el niño y en el adolescente. *Pediatría Integral* 2007; XI (10): 926 – 934.
3. ARIÈS, PH. (1974). Western attitudes toward death the Middle Ages to the present. Baltimore. The Johns Hopkins University Press.
4. BASTARDAS BOADA, ALBERT (1995). Comunicación humana y paradigmas holísticos. *Claves de razón práctica*, 51, pp. 78 – 80.
5. CASTELLANO CARDOZO, ROSA (2008). Algunas Consideraciones sobre la Muerte. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1243/1/Algunas-Consideraciones-sobre-la-Muerte.html> Consultado el: 30/04/11
6. CASTELLANO CARDOZO, ROSA (2010). Apreciaciones sobre la Muerte en Estudiantes del Último Año de Medicina. *VITAE. Academia Biomédica Digital*. Octubre-Diciembre 2010 N° 44 ISSN 1317-987 X. Disponible en: http://vitae.ucv.ve/index_pdf.php?module=articulo_pdf&n=4263&rv=97 Consultado el: 30/04/11.
7. CASANUEVA, M.; et al. Cuidados al final de la vida en la unidad de cuidados intensivos pediátrica. Revisión de la bibliografía. *Anales Pediatría (Barc)* 2005;63 (2):152-9
8. HERNÁNDEZ, R. (2008). Metodología de la Investigación. Quinta edición. Editorial Interamericana. Mc. Graw Hill. México.
9. RUIZ BOLÍVAR C (2008). Construcción De Escalas De Actitudes. UPEL. Barquisimeto. Lara.
10. MARTÍNEZ, C (2010). Diseño de un programa de formación docente dirigido a consolidar las competencias afectivas en el manejo de las emociones presentes en el proceso de duelo en los docentes del programa de enfermería del decanato de medicina de la Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”. Trabajo de grado no publicado. UPEL. Barquisimeto.
11. LIKERT, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*. N° 140.
12. NOVÓA M. (1988) Cuidados paliativos y Bioética. Dilemas éticos en la práctica Clínica. *Cuadernos de Bioética*, 9: 304 – 321.
13. YOUNG K., FLÜGEL J.C (1982). Psicología de las Actitudes. Editorial Paidós SA
14. CORTEZ J (2006). Aspectos Bioéticos del Final de la Vida: El Derecho a Morir con Dignidad. *Revista Cuadernos* 2006; 51 (2): 97 – 102
15. FERNÁNDEZ M, SÁNCHEZ M. (2002) Actitudes De Los Médicos Residentes Sobre La Enfermedad Terminal Los Cuidados Al Final De La Vida. *Rev. Per. Soc. Med. Intern*. Vol. 15. N° 4.
16. KÜBLER-ROSS E. (1969). On death and dying. NY: The Macmillan Company, pp. 289
17. KÜBLER-ROSS E. (1989). La Muerte, Un Amanecer. Ediciones Luciérnaga. Cuernavaca.
18. RODRÍGUEZ, A. (1991). Psicología Social. México. Trillas. ISBN.
19. SÁNCHEZ, F. (1998). Psicología social. Madrid: McGraw-Hill